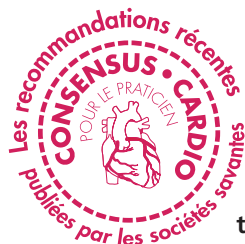


Jean-Yves Le Heuzey

Hôpital européen
Georges-Pompidou, Paris

Les nouvelles recommandations sur les traitements antiarythmiques de la fibrillation atriale



Des recommandations concernant la prise en charge et le traitement de la fibrillation atriale existaient depuis 2001, date à laquelle elles avaient été publiées par un groupe réuni par l'American College of Cardiology, l'American Heart Association et l'European Society of Cardiology.

Ces recommandations avaient été mises à jour en 2006. De nouvelles recommandations viennent d'être publiées par un groupe spécifiquement européen, de 25 cardiologues, sous l'égide de la Société européenne de cardiologie. Ces recommandations sont parues dans l'*European Heart Journal* ⁽¹⁾.

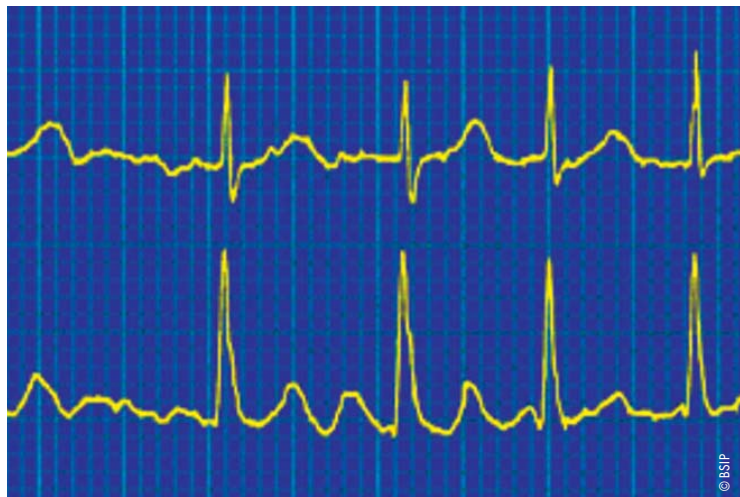
Ces recommandations sont le résultat d'un travail de près de 3 ans, rendu nécessaire par l'évolution des connaissances dans ce domaine, principalement en ce qui concerne le traitement antiarythmique. Globalement, un total de 210 recommandations a été proposé, dont 40 % d'entre elles étaient en classe I, 35 % en classe IIa, 18 % en classe IIb et 7 % en classe III. Rappelons que la classe I correspond à une recommandation de traitement ou de procédure utile et efficace, la classe IIa à une recommandation pour laquelle il peut y avoir des opinions divergentes, mais plus de preuves en faveur de son utilité, la classe IIb à une efficacité et une utilité moins bien établies et la classe III une recommandation « *de ne pas faire* ». Concernant le niveau de preuve, 16 % avaient un niveau de preuve A, 33 % un niveau de preuve B et 51 % un niveau de preuve C. Rappelons que le niveau de preuve C ne correspond qu'à un consensus

d'experts, sans preuve de certitude, alors que le niveau A correspond à la présence de plusieurs études randomisées concordantes et le niveau B à l'existence d'un seul essai randomisé ou de plusieurs grandes études non randomisées. On mesure donc la difficulté de la prise en charge de la fibrillation atriale qui manque encore d'études randomisées pour avoir un meilleur niveau de preuve.

Des nouveautés dans le traitement antiarythmique

En matière de traitement antiarythmique, deux nouveautés doivent être notées. La première concerne le fait qu'il est cité dans la liste des médicaments qui peuvent être utiles pour faire une cardioversion pharmacologique le vernakalant. Cette substance est un « ARDA » (*Atrial Repolarization Delaying Agent*). Il agit principalement sur le canal IKur, canal potassique précocement activé lors de la repolarisation et relativement spécifique de l'oreillette. Il a montré dans son programme de développement qu'il était capable de réduire une fibrillation atriale en rythme sinusal dans un peu plus de la moitié des cas avec un délai rapide. Une étude randomisée contrôlée contre amiodarone a été faite, l'étude AVRO, montrant à 90 min un taux de réduction d'un peu plus de 50 %, contre seulement un peu plus de 5 % pour l'amiodarone. Ce médicament est cité, car il a récemment obtenu l'accord du CHMP, commission de l'EMA, Agence européenne du médicament, pour une future mise sur le marché.

Concernant le traitement oral à visée rythmique des nouveautés ont été introduites, d'une part, sur le simple contrôle de la fréquence lorsqu'il est choisi et, d'autre part, sur le contrôle du rythme. Concernant le contrôle de la fréquence, il est tenu compte des résultats de l'étude RACE II qui a montré qu'il n'y avait pas d'avantage majeur à un contrôle strict de la fréquence par rapport à un contrôle plus lâche. L'algorithme proposé tient compte des symptômes et du mode de vie. S'il n'y a pas de symptômes ou s'ils sont tolérables ou si le mode de vie est plutôt inactif, on pourra se contenter d'un simple contrôle lâche. Dans le cas inverse, un contrôle plus strict, afin d'obtenir une fréquence inférieure à 80 bpm, est nécessaire. En cas de style de vie inactif, le médicament proposé est la digitale, en cas de style de vie actif, on peut choisir le médicament en fonction d'une pathologie sous-jacente éventuelle (**Figure 1**) : en cas de bronchopneumopathie chronique obstructive, on peut proposer diltiazem, vérapamil, digitaliques ou bêtabloquants non sélectifs, en cas d'insuffisance cardiaque, digitaliques ou bêtabloquants.



© BSIP

Choix du médicament pour le contrôle de la fréquence cardiaque

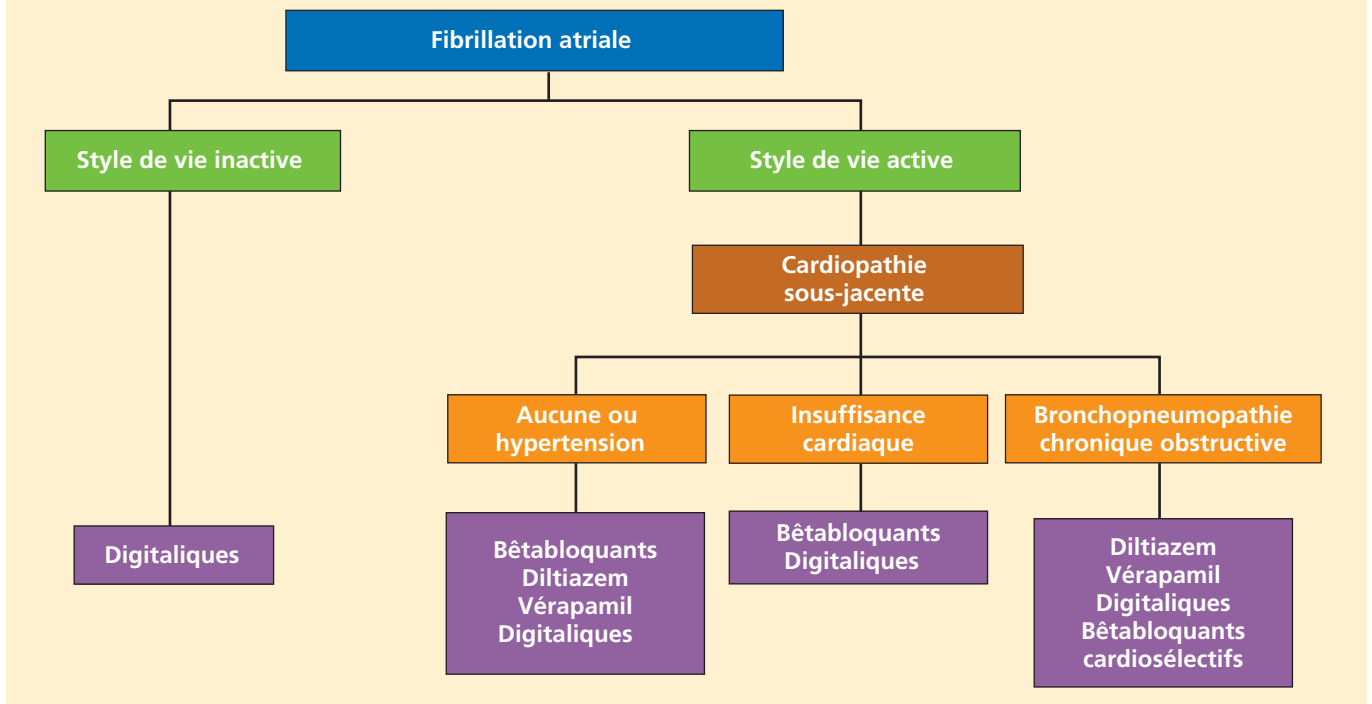


Figure 1.

Algorithme de choix du médicament antiarythmique à prescrire pour le maintien du rythme sinusal et place de l'ablation

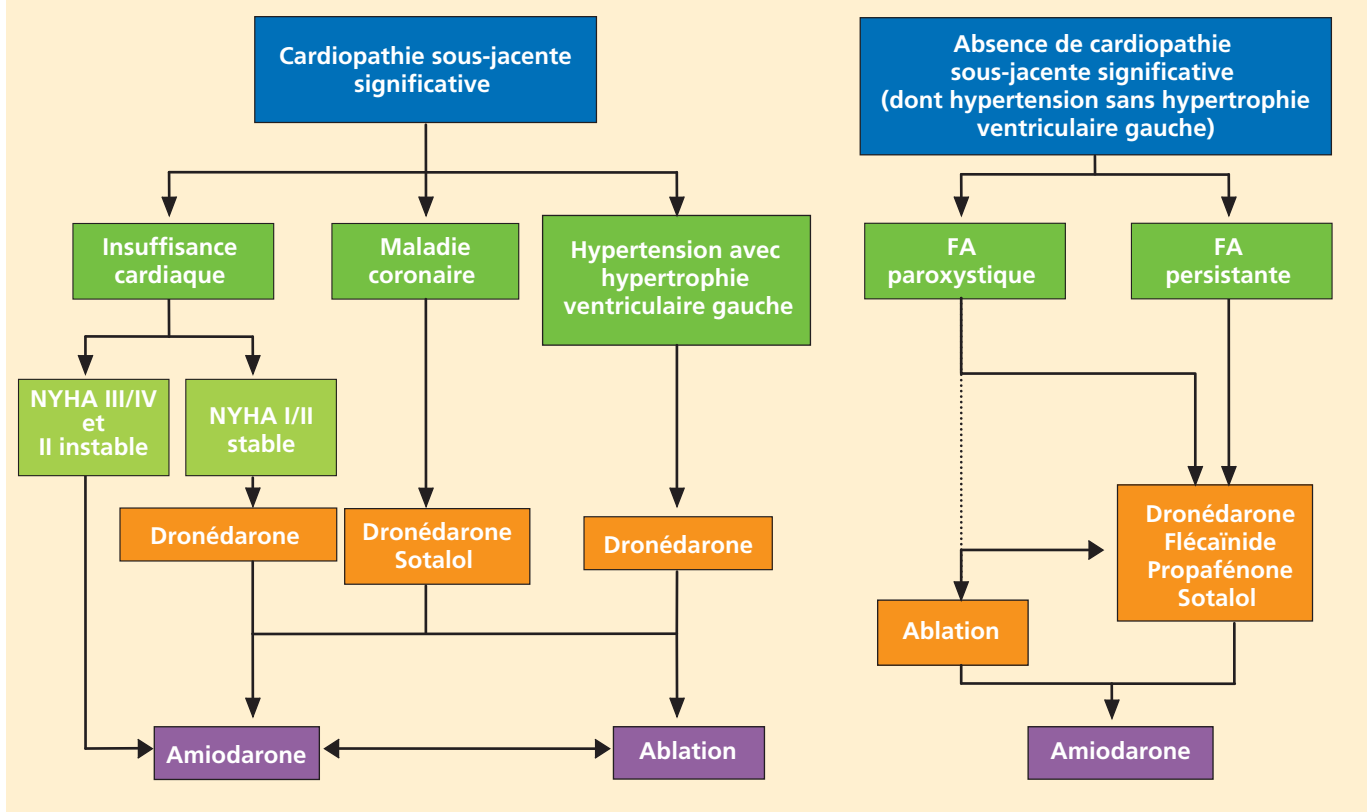


Figure 2.

Dans les autres cas ou en présence d'une hypertension seule, tous les médicaments cités peuvent être utilisés.

La place de la dronédarone

L'élément nouveau le plus important de ces nouvelles recommandations concerne la place de la dronédarone dans le choix des médicaments antiarythmiques à utiliser pour le maintien du rythme sinusal. Comme on le voit sur la **Figure 2**, l'algorithme séparant les patients sans cardiopathie sous-jacente, ou avec une anomalie mineure comme une hypertension artérielle sans hypertrophie ventriculaire gauche, des patients avec cardiopathie sous-jacente qui figurait dans les recommandations 2006 se retrouve dans les nouvelles avec l'indication claire de la place de la dronédarone.

S'il n'y a pas de cardiopathie sous-jacente, la proposition est d'utiliser la dronédarone, le flécaïnide, la propafénone ou le sotalol. Ce n'est qu'en cas d'échec que l'on peut envisager l'ablation par cathéter ou amiodarone. Une nouveauté a été ici introduite, la possibilité, dans certains cas, chez des patients très symptomatiques et sans cardiopathie sous-jacente, de réaliser une ablation par isolation des veines pulmonaires sans essai préalable d'antiarythmique. Rappelons cependant que dans la majorité des cas, il est nécessaire d'essayer d'abord un antiarythmique avant de proposer une ablation.

Pour les patients avec cardiopathie sous-jacente, il convient de différencier trois cas de figure :

- patients avec une hypertension artérielle et une hypertrophie ventriculaire gauche ;
- patients avec une maladie coronaire ;
- patients avec une insuffisance cardiaque.

En cas d'hypertension artérielle avec hypertrophie ventriculaire gauche, les antiarythmiques de classe I, ainsi que le sotalol ne sont pas conseillés, et la proposition en première intention est donc la dronédarone. En cas d'échec, on pourra

envisager amiodarone ou ablation par cathéter. En cas de maladie coronaire, les propositions concernent la dronédarone bien entendu, mais également le sotalol. Rappelons que ces indications de la dronédarone sont basées sur les données de l'étude ATHENA, étude qui avait montré la possibilité d'utiliser ce médicament, avec un intérêt en termes de morbi-mortalité, sur le critère composite mortalité totale et hospitalisation pour raison cardiovasculaire.

Le problème du choix du médicament antiarythmique chez le patient en insuffisance cardiaque est plus complexe. On sait qu'une étude négative, ANDROMEDA, avait été réalisée avec la dronédarone chez des patients en insuffisance cardiaque stade IV. Les rédacteurs des recommandations se sont vus prudents quant à l'emploi de la dronédarone en cas d'insuffisance cardiaque. En effet, dans ces recommandations la dronédarone ne doit pas être utilisée chez les patients en insuffisance cardiaque stade IV, mais également dans les stades III et II instables. Elle n'est donc autorisée que chez les patients en insuffisance cardiaque stade I ou II stable. En cas d'échec de la dronédarone, on peut envisager l'amiodarone ou l'ablation par cathéter. Pour les patients avec une insuffisance cardiaque plus sévère, la seule possibilité est l'amiodarone. ■

Pour en savoir plus

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip G, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, Van Gelder I, Al-Attar N, Hindrickx G, Prendergast B, Heidbuchel H, Alfieri O, Angelini A, Attar D, Colonna P, De Caterina R, De Sutter J, Goette A, Gorenek B, Heldal M, Hohnloser S, Kolh P, Le Heuzey JY, Ponikowski P, Rutten F. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31(19): 2369-429.

Pour toute correspondance avec l'auteur



jean-yves.le-heuzey@egp.aphp.fr



Vous n'êtes pas encore inscrit ?

...Retrouvez toute l'actualité en cardiologie sur notre site :
www.consensus-online.fr

Déjà **2 680 inscrits** depuis son lancement